Troisième Année | N° 4 | Avril 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES

DE LA SOCIÉTÉ DE

LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE

ET DE RHINOLOGIE

DE PARIS

Paraissant une fois par mois

Excepté pendant les mois d'Août, Septembre et Octobre

PRIX DE L'ABONNEMENT :

France	**10** fr. par an
Étranger	**12** fr. —

PARIS

L. BATTAILLE & Cie

LIBRAIRES-ÉDITEURS

23, Place de l'Ecole-de-Médecine, 23

MEMBRES TITULAIRES :

1. Astier.
2. Blanc.
3. Bonnier.
4. Boucheron.
5. Cartaz.
6. Chatellier.
7. Duplay.
8. Garnault.
9. Garrigou-Desarenes.
10. Gellé.
11. Gille.
12. Gouguenheim.
13. Hermet.
14. Ladreit de Lacharrière.
15. Lévi.
16. Lœwenberg.
17. Lubet-Barbon.
18. Luc.
19. Marage.
20. Martin.
21. Ménière.
22. Miot.
23. Potiquet.
24. Reynier.
25. Ruault.
26. Saint-Hilaire.

MEMBRE HONORAIRE :

Moura-Bourouillou

COMPOSITION DU BUREAU
pour l'année 1893

Président...........	Lœwenberg.
Vice-Président.......	Ruault.
Secrétaire général...	Saint-Hilaire.
Secrétaire annuel....	Bonnier.
Trésorier...........	Ménière.

Tout ce qui concerne la Société doit être adressé à M. le Dr Saint-Hilaire, *Secrétaire général, rue du Four, 51.*

N° 4 TROISIÈME ANNÉE AVRIL 1893

BULLETINS ET MÉMOIRES
DE LA SOCIÉTÉ
DE LARYNGOLOGIE, D'OTOLOGIE
ET DE RHINOLOGIE
DE PARIS

Séance du 7 Avril 1893

Présidence de M. LŒWENBERG

Observation de fracture de la grande corne gauche de l'os hyoïde

Par le Docteur JOUSLAIN

Les fractures de l'os hyoïde sont très rares. Les anciens auteurs n'en parlent pas, et il n'y a guère que cinquante ans que l'attention a été éveillée sur ce point.

La mobilité considérable de cet os, suspendu entre un grand nombre de muscles, protégé, en avant, par le maxillaire inférieur, explique la rareté de la lésion qui nous occupe.

Mécanisme. — La science ne possède aucun cas de fracture de l'os hyoïde de cause directe. Les observations qui sont signalées sont toutes de causes indirectes.

On comprend cependant la possibilité d'une fracture de cette espèce et nous admettrons des *fractures de cause directe, des fractures de cause indirecte.*

Ces dernières, les plus fréquentes, peuvent se produire de deux façons. Ou bien la cause a agi en immobilisant le corps de l'os et en redressant les grandes cornes, c'est-à-dire en cherchant à changer la concavité normale en concavité antérieure, ce qui peut arriver dans la pendaison, ou bien, ce qui est plus fréquent, en exagérant la concavité normale, postérieure, comme dans la striction du cou avec les mains, le pouce immobilise la grande corne droite, tandis que les doigts serrent sur la corne gauche.

Anatomie pathologique. — La fracture peut siéger sur le corps de l'os ou sur ses cornes. Il paraît qu'on a constaté fréquemment, en Angleterre, des fractures du corps sur les suppliciés par pendaison. Les fractures des cornes s'observent surtout sur des gens âgés ayant subi des tentatives de strangulation.

Ce n'est, du reste, qu'à un certain âge, à partir du moment où les grandes cornes sont soudées au corps, où le système osseux est devenu dur, qu'on observe cet accident. Les femmes dont le cou est plus gras que celui des hommes y sont moins sujettes.

Symptomotologie. — On a remarqué qu'au moment où l'os se brise, le blessé et son entourage entendent souvent le bruit produit par la fracture. La douleur est vive, limitée à l'endroit où elle s'est faite. La crépitation, le déplacement, la sensation des esquilles peuvent être perçus par le doigt porté dans la région hyoïdienne de l'arrière-bouche. La déglutition et la parole, tous les mouvements imprimés aux fragments sont douloureux et accompagnés de dyspnée, la blessure sous-cutanée peut s'accompagner de gonflement inflammatoire. Si les fragments ont percé la muqueuse, il peut y avoir hémorrhagie, emphysème.

Pronostic. — Le pronostic sera, évidemment, en raison des complications plus ou moins graves accompagnant l'accident.

Le cas qui fait l'objet de ma communication a été très simple, mais d'un mécanisme fort curieux. Sa constatation faite au moyen de l'examen laryngoscopique a démontré une fois de plus combien il serait utile, dans l'intérêt des malades, que les médecins fussent plus familiers avec l'usage du miroir laryngien.

OBSERVATION

Le malade dont il est question, M. S. B., âgé de 46 ans, habite un village du département de l'Aude. Le commencement de sa maladie remonte au mois d'août 1888 et c'est en août 1889, époque où il vint à Paris pour visiter l'exposition, que j'eus l'occasion de le voir.

Jusque là, les renseignements qui m'ont été fournis par lui-même, par le médecin du pays, ne m'ont donné aucune idée de ce qui existait. J'aurais pu penser à une dégénérescence de l'épiglotte, ou de la base de la langue, ou, peut-être, à un abcès retro-pharyngien ossifluent.

Le malade, en effet, disait avoir éprouvé, à la suite d'un bain froid, un mal de gorge, accompagné de très vives douleurs et, avec le temps, en avoir conservé une certaine gêne pour avaler, le sentiment d'un corps étranger dans la gorge ayant persisté jusqu'à présent.

Bref, le jour qu'il vint me voir, en août 1889, après avoir constaté que sa gorge ne présentait rien d'anormal, je mis le miroir laryngien en place ; aussitôt, je fus frappé de voir à gauche de l'épiglotte, dans la région hyoïdienne, la muqueuse soulevée d'un bon centimètre et demi à deux centimètres par un os petit, étroit, à terminaison obtuse, mousse, et fixé solidement antérieurement. En portant le doigt sur cette saillie, je sentis que je pouvais la redresser, la porter en dehors, mais en l'abandonnant elle revenait à la position première. Je constatai aussi que le corps de l'os hyoïde, accessible au toucher chez un sujet maigre, participait aux mouvements communiqués.

Alors, seulement, interrogeant M. B..., je sus exactement ce qui s'était passé et pus établir un diagnostic certain.

M. S. B. étant en août 1888 en train de se baigner dans la mer, au port de la Nouvelle, département de l'Aude, rencontra dans un trou de rocher un gros coquillage qu'il voulut saisir. Il fallut, pour cela, allonger le bras outre mesure, le cou étant arrêté et fixé entre deux pointes de rocher. Dans un mouvement brusque et violent qu'il fit pour en finir et saisir son coquillage, il éprouva une vive douleur au côté gauche du cou, il entendit un craquement et eut une telle peur qu'il sortit aussitôt de l'eau.

Plein d'angoisse, il se demanda ce qui pouvait lui être arrivé. Une fois habillé, un peu calmé, il constata que tous les mouvements pour parler, pour manger étaient très douloureux. Le cou était sensible et un peu tuméfié, du côté gauche.

Malgré tout, le temps passa, l'état aigü finit par s'atténuer et ainsi, après un long terme, une année, je pus constater cette curieuse et rare lésion.

M. S. B. ne fit à Paris qu'un court séjour, mon intervention se borna à peu de chose : comme il demeure près de Toulouse, je l'engageai à voir le docteur Charazac, qui lui-même n'intervint pas.

En somme, le diagnostic de fracture de la grande corne gauche de l'os hyoïde au lieu d'élection, c'est-à-dire à l'union de la corne avec le corps, ne me paraît pas douteux.

Je pense aussi que, si au moment, ou peu après l'accident, on avait pratiqué le redressement de cet os, en ayant soin d'immobiliser le corps, on eut obtenu une remise en place et une adaptation très suffisante pour constituer une guérison et la cessation de tous les inconvénients qui ont persisté.

Si j'avais le malade, de nouveau, à ma disposition, je serais tenté, puisqu'il se plaint toujours et veut absolument être soulagé, de briser à nouveau la grande corne au lieu d'élection en fixant l'hyoïde d'un côté, tandis que de l'autre, je redresserai la corne avec le doigt.

L'os une fois brisé, par des massages et des redressements successifs, peut-être parviendrait-on à le maintenir dans une bonne direction.

Je serai très heureux, Messieurs, de connaître votre avis sur ce cas et en particulier sur le traitement que vous jugeriez à propos de lui appliquer.

Des méthodes employées pour retirer le pus de la cavité tympanique et spécialement de l'aspiration du pus,

par A. COURTADE, ancien Interne des hôpitaux,
Lauréat de l'Académie de Médecine.

La chirurgie moderne a posé comme règle, j'allais dire comme loi, d'empêcher la formation du pus, et, dans les cas où il existe, de le retirer le plus tôt possible.

Cette ligne de conduite, possible et même facile à suivre pour les régions très accessibles, ne laisse pas que de rencontrer, dans beaucoup de cas, de grandes difficultés.

Si jamais cette manière de voir, très juste d'ailleurs, est applicable à un organe, c'est certainement à l'oreille, où le séjour du pus est nocif au premier degré ; il est à peine besoin de faire ressortir les inconvénients que peut présenter son séjour dans une cavité irrégulière, anfractueuse, formée de plusieurs cavités, communiquant ou non entre elles, qui en font une région policystique.

Au point de vue anatomo-pathologique on peut observer sous l'influence de cette rétention, des lésions profondes de la muqueuse, des ankyloses ou des dislocations des articulations minuscules de la chaine, une destruction plus ou moins rapide des osselets, des brides conjonctives très solides et souvent irrémédiables, l'extension du processus inflammatoire aux parois minces et fragiles de la caisse et de l'apophyse mastoïde avec toutes leurs conséquences, etc.

Plusieurs de ces lésions, graves quant à l'ouïe, n'inspirent pas de craintes sérieuses au point de vue de l'existence, mais il n'en est pas de même des dernières complications qui peuvent menacer la vie dans un délai plus ou moins rapproché, si l'intervention n'est pas rapide et complète.

C'en est assez, je crois, pour justifier les nombreuses méthodes mises en œuvre pour empêcher le pus de s'accumuler dans les cavités de l'oreille moyenne et les traitements qui ont pour but de combattre la sécrétion purulente.

Nous n'avons point l'intention de passer une revue de détail de toutes ces méthodes, ce serait nous entraîner trop loin ; nous nous contenterons de les signaler brièvement et d'en montrer les indications et les inconvénients ; mais nous laissons absolument de côté les interventions chirurgicales pratiques dans le même but.

Les méthodes employées pour retirer le pus de la caisse sont :

La douche d'air.

Les injections de liquide faites { par le conduit auditif externe. / directement dans la caisse. / par la trompe d'Eustache.

Les pansements secs.

L'aspiration pratique par { le conduit auditif externe. / la trompe.

La compression de l'air dans le conduit auditif externe.

Douche d'air. — Une des méthodes les plus simples pour expulser l'ausudat liquide contenu dans la caisse est la douche d'air qui peut se faire de trois manières, par la méthode de Valsalva, par la méthode de Politzer et par le cathétérisme. Il serait oiseux d'ajouter que dans tous les cas, la membrane du tympan doit présenter une perforation suffisante pour le passage du pus et, dans le cas contraire, on doit la pratiquer.

Nous serons très bref sur la méthode de Valsalva qui, bien souvent est insuffisante, soit parce que l'effort congestionne la muqueuse de la trompe dont elle retrécit le calibre et empêche ainsi le passage de l'air, soit parce que, même dans les cas les plus favorables, le courant d'air n'a pas assez de force pour chasser le pus ; elle peut néanmoins rendre des services.

La méthode de Politzer ne présente pas l'inconvénient de la douche par le procédé de Valsalva ; dans les cas où la perforation siège près du plancher de la caisse, où le pus ne présente pas une consistance trop grande (état crémeux ou visqueux) la douche d'air donne de bons résultats pourvu qu'elle soit faite avec prudence.

Nous disons prudence parcequ'une poussée d'air trop vigoureuse contre une membrane présentant une perforation trop petite, pourrait pousser le liquide purulent dans l'antre mastoïdien et infecter une région jusque là indemne.

Comme le fait remarquer du reste son auteur, cette pratique expulse surtout l'exsudat de la trompe et de la partie antérieure de la caisse, tandis que le pus situé dans la partie postérieure de la caisse et dans les cellules mastoïdiennes est peu déplacé par le courant d'air.

Dans les cas où la douche nasale est insuffisante, Politzer conseille de faire agir de temps en temps sur l'oreille moyenne un courant d'air à travers l'ouverture perforative.

Il est certain que les masses de pus concrété, les masses caséeuses ou épitheliales sont peu influencées par ce procédé ; il en est de même de l'exsudat qui siège dans le tissu aréolaire, situé entre le col du marteau et la partie supérieure de la paroi externe de la caisse.

C'est seulement dans les cas où la douche de Politzer ne passe pas que l'on est autorisé à se servir du catheter pour pratiquer l'insufflation ; aux inconvénients précédemment énumérés viennent s'ajouter les désagréments et quelquefois les difficultés du cathétérisme.

Injections de liquide. — La méthode des injections rend incontestablement des services quand elle est faite avec les soins minutieux que porte l'auriste aux pansements ; mais le bénéfice que l'on en retire est le plus souvent aléatoire quand elle est pratiquée par le malade ou son entourage.

Tout d'abord l'injection de liquide par le conduit auditif externe ne détache, n'entraîne le pus qu'à une condition essentielle : c'est que le jet agisse directement sur la collection et ce résultat n'est obtenu que si la perforation tympanique est vaste et si le pus se trouve collecté en un point où le liquide puisse pénétrer. Or, le plus souvent, ces conditions font défaut et les injections n'ont d'autre résultat que de balayer le pus accumulé dans le conduit auditif externe, ce qui du reste est déjà assez important.

Nous laisserons de côté la question de la technique de l'injection et de la nature des liquides à employer.

Dans les cas où l'injection faite dans le conduit auditif externe ne donne aucun résultat, on la pratique alors directement dans la caisse, en introduisant dans la perforation tympanique une canule à courbure spéciale telle que la sonde d'Hartmann.

La sonde peut être introduite dans la caisse aux conditions suivantes : perméabilité suffisante du conduit auditif externe, large perforation tympanique et immobilité, docilité du malade.

L'injection est alors pratiquée en tournant l'extrémité antérieure de la sonde alternativement en arrière, puis en haut pour déloger le pus ou les masses caséeuses qui s'y sont fixées et que l'on n'a pu atteindre par les moyens précédents.

Cette manœuvre est certes des plus délicates et exige une grande sûreté de main du côté de l'opérateur et de la patience, de l'immobilité de la part du malade, qualités que l'on est loin de toujours rencontrer. De plus, elle est souvent impraticable, quand les parties molles du conduit auditif externe osseux sont tuméfiées, au point de retenir notablement la paroi du méat ; impraticable encore chez la plupart des enfants qui sont presque toujours indociles — à moins de pratiquer l'anesthésie— et chez lesquels le contact d'un instrument, ne fut-il pas douloureux, provoque souvent des mouvements désordonnés qui en rendent l'application non seulement laborieuse, mais encore dangereuse.

Dans les cas où l'introduction de la sonde d'Hartmann est rendue impossible par le gonflement inflammatoire du conduit auditif on peut avoir recours au lavage de la caisse par la trompe d'Eustache.

On sait que la quantité de liquide injecté par cette méthode peut se borner à quelques gouttes, c'est alors l'instillation, ou être assez abondante pour constituer un vrai lavage.

On comprend du reste, que le lavage ne peut se faire qu'à la condition que le tympan soit largement perforé dans une région déclive et que la perforation soit libre de tout exsudat compact, pour éviter les symptômes subjectifs si pénibles de tension, vertige qui peuvent en être la conséquence.

C'est dans les cas où la quantité de liquide sera assez abondante pour diluer le pus épais, consistant, adhérent et que la sortie du liquide sera librement assurée que cette méthode donnera de bons résultats.

On peut faciliter grandement le nettoyage de la caisse en faisant l'aspiration par le conduit auditif externe sous le contrôle du spéculum de Siegle, en même temps que le liquide est poussé par la sonde du tympan.

De cette façon il y a un appel constant, par raréfaction, du liquide injecté, dans l'appareil qui sert à faire le vide (seringue de caoutchouc durci) ; dès lors, il n'y a plus à craindre d'augmentation de pression dans la caisse puisque le liquide est aspiré au fur et à mesure qu'il arrive dans la cavité tympanique ; les symptômes pénibles que cause l'injection sont ainsi atténués.

La méthode d'injection par la trompe, excellente dans beaucoup de cas, est rendue quelquefois impraticable pour les raisons qui font que le cathétérisme est lui-même impossible : atrésie de la fosse nasale correspondante, par tuméfaction des cornets, néoplasies, déviations et crêtes de la cloison ; tumeurs de l'espace retronasal, strictures passagères ou durables de la trompe d'Eustache, sensibilité excessive du sujet.

Et même dans les cas où ce procédé est applicable, que peut-il contre les collections isolées de la partie supérieure de la caisse ; nous voulons parler du tissu aréolaire qui siège entre le col du marteau et la membrane de Schrapnell ? Est-il toujours bien supporté et se trouve-t-il exempt de toute complication possible par son emploi méthodique ? Nous n'oserions répondre par l'affirmative à tous ces points.

Traitement sec. — La méthode d'absorption du pus par l'ouate aseptique ou antiseptique ne constitue pas une méthode à proprement parler, mais plutôt une addition aux procédés déjà décrits. Rares sont les cas où la boulette d'ouate peut aller retirer le pus à son siège même, sans employer préalablement les moyens de propulsion que nous venons de signaler. Ce moyen s'adresse surtout aux suppurations très fluides qui ont un échappement facile vers le conduit auditif externe et où les injections entretiennent la suppuration ou sont mal supportées.

Il est contre-indiqué, dit Politzer, quand l'écoulement est fétide, quand l'exsudat a une consistance grumeleuse et quand le revêtement du conduit auditif et la muqueuse de la caisse présentent une grande irritabilité.

Après avoir montré très sommairement, comme c'était notre but les avantages et les inconvénients que présentaient chacune de ces méthodes employées dans le but de soustraire la caisse à l'action corrosive du pus qui y séjourne, nous allons parler d'un moyen qui nous a semblé beaucoup plus efficace que les méthodes précédentes et qui, quoique ancien, ne nous semble pas mériter l'oubli dans lequel on le laisse: c'est de l'aspiration du pus par le conduit auditif externe qu'il s'agit.

Tandis que les procédés dont nous avons parlé précédemment, sont traités dans les livres classiques, avec tout le développement que comporte le sujet (sauf l'injection combinée avec l'aspiration que nous n'avons vu décrite nulle part) c'est à peine si quelques lignes sont consacrées à l'aspiration du pus.

La raréfaction de l'air dans le conduit auditif n'est pas un procédé nouveau, puisqu'il était employé déjà au milieu du XVIIIe siècle; mais il faut bien le reconnaître, c'était un moyen essentiellement empirique, qui n'était point fondé sur l'étude de l'anatomie et de la physiologie de l'oreille.

Il n'en est plus de même aujourd'hui, où la précision relative sur ce sujet entraîne des indications plus précises sur le choix du moyen et la façon de l'appliquer.

La raréfaction de l'air du conduit auditif externe est pratiquée dans plusieurs buts:

1° Comme moyen de diagnostic, avec le speculum de Siegle, on peut constater la mobilité totale ou partielle de la membrane du tympan. étudier le siège des adhérences et leur laxité, les amincissements atrophiques ou cicatriciels du tympan aussi bien que son immobilité, etc.

2° Dans un but thérapeutique essentiel: elle mobilise le tympan épaissi ou adhérent, et avec lui, mais dans une certaine mesure, la chaîne des osselets ; elle allonge, étire les adhérences, que la membrane du tympan a pu contracter avec les parois voisines.

3° Comme intervention accessoire dans l'otite moyenne aiguë : c'est sur cette dernière indication que nous allons insister.

Comme pour justifier notre façon de voir sur, je ne dirai pas le discrédit, mais l'oubli dans lequel se trouve l'aspiration, Politzer dit : La raréfaction de l'air dans le conduit auditif externe n'a pas été suffisamment appréciée jusqu'ici dans le traitement des suppurations de l'oreille moyenne.

La méthode qu'il emploie est décrite dans les lignes suivantes : « Après avoir effectué la paracentèse, le bout en forme d'olive du tube d'auscultation est introduit hermétiquement dans le conduit auditif externe par le malade lui-même. A l'autre extrémité du tube, dont le bout est enlevé, on adapte une petite seringue d'oreille et on raréfie l'air dans le conduit auditif en retirant peu à peu le piston. Parfois il suffit d'aspirer avec la bouche ou avec un petit ballon, comme Lucas l'a proposé en d'autres cas, pour effectuer la raréfaction de l'air. Par ce procédé, la pression devient plus faible dans le conduit auditif que dans la caisse, et l'exsudat arrive en totalité ou en grande partie dans le méat. »

Si nous tenons à donner à l'aspiration une place plus importante que celle qu'elle occupe, c'est qu'elle nous a donné de bons résultats, et notamment dans un cas où la timidité, la crainte qu'inspirait au malade toute opération, ne nous a pas permis d'employer d'autres moyens.

Il s'agit d'un malade de 75 ans qui, au commencement de janvier 1892 est pris, à la suite de refroidissement, de douleurs vives dans l'oreille droite, bientôt suivies d'un écoulement sero-sanguinolent. Quand nous le voyons quelque temps après, nous constatons l'existence d'un léger gonflement dans la région retro-auriculaire, accompagné de douleurs vives dans l'oreille et le côté correspondant de la face, surtout accusées le soir; le traitement local par les injections, les installations procurent du soulagement et une diminution très notable de l'écoulement. Sa situation reste satisfaisante jusqu'en août ; à cette époque, il est pris de douleurs excessivement violentes dans l'oreille et le côté droit du crâne, qui l'empêchent de dormir une partie de la nuit, depuis quelques jours.

L'apophyse mastoïde est très sensible à la pression même modérée ; l'oreille est si douloureuse que le malade n'ose pas y introduire un peu d'ouate ; il existe un gonflement qui comble le creux sous-auriculaire, de la fièvre ; la mastication est difficile en raison de la douleur qu'elle provoque.

Il y a évidemment rétention du pus et extension de l'inflammation aux cellules mastoïdiennes ; il y a donc une indication formelle : l'incision de Wilde suivie, si elle est insuffisante, de l'ouverture de l'apophyse.

Mais le malade refusa obstinément toute intervention sanglante bien mieux il ne voulut pas laisser pratiquer le cathétérisme de la trompe d'Eustache, le procédé de Politzer n'ayant pas réussi.

Force fut donc de recourir à la seule méthode qui restât : l'aspiration du pus par le conduit auditif externe. Comme il existait une perforation à la partie antero-inférieure du tympan, il n'était point besoin de pratiquer la paracentèse.

Pour faire l'aspiration, je me servis du speculum de Siegle, au tube duquel j'adaptai une seringue en caoutchouc durci d'une contenance de 120 gr. En retirant le piston, on voyait des bulles lourdes au niveau de la perforation et du pus blanc, très épais, de la consistance de la crème, cheminer lentement vers le speculum.

Après avoir ainsi retiré par aspiration le pus contenu dans la caisse, le malade éprouva un soulagement considérable. Cette région auriculaire à laquelle on ne pouvait toucher sans provoquer de violentes douleurs, était presque indolente ; on pouvait sans inconvénient tirer l'oreille, presser sur la région mastoïdienne ; le malade put mastiquer facilement et dormit toute la nuit.

Cette opération est pratiquée à plusieurs reprises et produit toujours un soulagement très marqué.

Le 1er septembre, le malade revient après 36 heures de douleurs vives qui l'ont empêché de dormir. Il existe un empâtement très net au niveau de la pointe de l'apophyse mastoïde ; tuméfaction du conduit auditif et de l'oreille.

Comme le malade refuse encore toute opération, je pratique l'aspiration et fais sortir du pus, mais en petite quantité, mélangé de bulles d'air ; sangsues loco dolenti.

Le malade a pu dormir la nuit suivante et le gonflement periauriculaire a très notablement diminué.

Le 15, nouvelle rétention du pus ; cette fois, le malade consent à laisser faire la paraceutèse ou plus exactement à laisser agrandir la perforation tympanique et à laisser introduire le catheter pour pratiquer l'insufflation ; mais ces moyens ne suffisent pas et l'aspiration ramène encore du pus, que les méthodes précédentes n'avaient pu expulser. Réfrigérations par les tubes de Leiter.

Nous cessons à ce moment de voir le malade, mais nous avons appris qu'il s'est ouvert un abcès derriere l'oreille, au niveau d'une piqûre de sangsue, abcès que l'incision de Wilde ou la trépanation de l'apophyse mastoïde, comme nous l'avions proposé, eut prévenu.

Quoi qu'il en soit, l'aspiration telle que nous l'avons pratiquée, a été un palliatif efficace, d'un effet immédiat.

Technique de l'opération. — Après avoir chauffé légèrement le verre du speculum de Siegle pour l'empêcher de se recouvrir de buée, comme on le fait pour les miroirs laryngoscopiques, on adapte à l'extrémité libre du tube de caoutchouc, une seringue *fonctionnant très bien.*

On soulève le piston, peu à peu, sans à coup et on s'arrête quand on sent que la résistance est un peu forte ; d'ailleurs, on peut contrôler par la vue ce qui se passe du côté de la membrane tympanique : peu à peu le vide fait dans le conduit auditif diminue, et par la progression du pus et par l'arrivée de l'air par la trompe d'Eustache ; on soulève alors de nouveau le piston de quelques centimètres jusqu'à ce qu'il ne reste plus de pus.

Il n'y a pas d'inconvénient à tirer un peu brusquement le piston de quelques centimètres, à la condition de le relâcher immédiatement pour que, si le vide est trop complet, il puisse revenir à son point de départ ; il vaut cependant mieux le retirer progressivement en le maintenant en place avec les doigts. Dans notre cas le pus était si consistant qu'il était préférable de maintenir longtemps une faible raréfaction que d'en produire une très forte mais de courte durée.

D'ailleurs, l'usage du speculum de Siegle permet de suivre les progrès de l'opération ; si, comme cela nous est arrivé une fois,

l'aspiration est trop brusque et trop forte, il se fait une légère rupture vasculaire qui colore le pus en rouge, ce qu'il faut éviter soigneusement pour ne pas ouvrir une porte à l'inoculation.

Dès que le pus est entré dans le conduit auditif on l'enlève avec une boulette d'ouate antiseptique.

Est-ce à dire que l'aspiration soit indiquée dans tous les cas où le séjour du pus est à craindre ?

Cette opération telle que nous venons de la décrire et telle que nous la pratiquons; présente des avantages et des contre-indications.

L'aspiration du pus convient aux cas où les douches d'air sont indiquées, mais où elles sont insuffisantes.

Il n'est point douteux que dans beaucoup de cas, la tuméfaction de la muqueuse de la trompe, qui coexiste avec l'otite moyenne aiguë est telle, que l'air passe difficilement ou, s'il passe, ne présente pas un courant suffisant pour chasser, balayer le pus qui est au-devant de lui. De plus, comme le fait remarquer Politzer, le maximum d'action de la douche d'air se fait sentir sur le quadrant postero-supérieur de la membrane du tympan, c'est-à-dire en un point qui est dans le prolongement de l'axe de la trompe. Or, cette région est loin d'être le siège le plus fréquent des perforations spontanées et le pus qui séjourne sur le plancher de la caisse est relativement peu influencé par le courant d'air.

Il est inutile de rappeler les inconvénients que peut présenter l'insufflation par le cathéter; opération quelquefois difficile et qui a les mêmes inconvénients que la douche par la méthode de Politzer.

Toute autre est la méthode d'aspiration ; là, pas d'introduction désagréable d'instrument dans le nez, à laquelle ne se prêtent pas toujours les malades.

Le procédé est, de plus, indolent pourvu qu'il soit fait avec ménagement, par une main exercée et sous le contrôle de la vue. Il est certain qu'une aspiration trop brusque ou poussée trop loin, peut avoir des inconvénients et même produire des accidents.

Nous ne craignons pas d'avancer qu'elle est plus efficace que les autres méthodes, parce qu'elle agit sur tout l'ensemble des cavités qui constituent l'oreille moyenne ; l'attraction du pus vers le con-

duit auditif externe se fait sentir aussi bien du côté de l'attique ou des cellules mastoïdiennes, que du plancher de la caisse.

Nous avons fait remarquer à plusieurs reprises qu'après avoir fait sortir le pus par la méthode de Valsalva ou de Politzer, il en restait encore, et ce résidu était entraîné au dehors par l'aspiration appliquée en dernier lieu.

Cette opération si bénigne présente aussi ses contre-indications: Quand le tympan est intact ou ne présente qu'une perforation insuffisante pour laisser passer librement le pus, il est certain qu'avant de procéder à l'aspiration, il faut pratiquer une large paracentèse ou agrandir l'ouverture.

Dans les cas encore où il existe des masses caséeuses, du pus concrété, adhérent, où la poche purulente est localisée et ne communique pas avec le reste de la caisse, son indication est des plus douteuses; avant d'y avoir recours il faudra désagréger les masses compactes par une injection de liquide dans la caisse, et ouvrir, si c'est possible, la poche purulente isolée.

Enfin, il est bon que la trompe soit perméable pour que le vide ne soit pas trop complet, ce qui serait dangereux ; d'ailleurs, en pareil cas, on est dirigé par la sensation de résistance que donne la traction du piston de la seringue. Si la trompe laisse passer une assez grande quantité d'air, il suffit alors de faire un peu plus brusquement le vide pour obtenir le résultat désiré.

Il y a une contre-indication ou plutôt un empêchement à l'application du procédé : c'est la tuméfaction très notable des parties molles dn conduit auditif externe, qui, sous l'influence du vide, se rapprochent encore et peuvent aussi soustraire la caisse à l'action de la raréfaction de l'air.

C'en est assez, pour faire ressortir l'avantage de l'aspiration du pus qui, à notre avis, doit être placé au premier rang, comme facilité d'exécution et efficacité.

Weber Lüel a recommandé l'aspiration du pus par la sonde élastique du tympan introduite par la trompe d'Eustache ; nous n'insisterons pas sur l'insuffisance de ce procédé qui saute aux yeux, insuffisance qui tient tant à la position élevée de l'ouverture de la trompe dans la caisse, qu'à la faible lumière de cette sonde, qui est obstruée par une goutte de pus épais.

Compression de l'air dans le conduit auditif externe. — Lucœ, dans le but de chasser le pus contenu dans la caisse, indique un procédé qui consiste à comprimer de l'air dans le conduit auditif pour que le pus soit expulsé par la seule porte qui soit ouverte, quand elle l'est, la trompe d'Eustache. Ce procédé est rarement applicable pour les raisons suivantes : fréquent gonflement inflammatoire de la muqueuse de la trompe et rétrécissement consécutif ; propulsion du pus dans toutes les directions, ce qui est fâcheux, puisqu'on peut faire pénétrer le pus dans les cellules mastoïdiennes, s'il n'y est déjà, et même dans les cas favorables ; le pus seul qui se trouve dans le voisinage de l'orifice tympanique est expulsé. Si à cela on ajoute les symptômes pénibles de pression labyrinthique : vertiges, bourdonnements, nous en aurons assez dit pour condamner l'emploi de ce procédé, sauf dans quelques rares cas.

Conclusions. — Chacune des méthodes a ses indications et ses contre-indications ; dans un cas donné on doit commencer par le procédé le plus simple et recourir aux autres en cas d'insuccès ou les combiner pour obtenir une action plus efficace.

Le procédé de l'aspiration nous semble le plus pratique par sa simplicité et son efficacité.

Le Secrétaire-général,
Dr Et. SAINT-HILAIRE.

SEDAN. — IMPRIMERIE RAHON.

MEMBRES CORRESPONDANTS NATIONAUX

AIGRE, de Boulogne-sur-Mer.
AUBERT, d'Alger.
HAMON DU FOUGERAY, du Mans.
JOAL, du Mont-Dore.
JOLY, de Lyon.
LICHTWITZ, de Bordeaux.
MADEUF, de La Bourboule et du Mont-Dore.
NOQUET, de Lille.
PERCEPIED, du Mont-Dore.
SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers.

MEMBRES CORRESPONDANTS ÉTRANGERS

ARTZROUNY, de Tiflis (Caucase).
BÉZOLD, de Munich.
BOMFIM, de Lisbonne.
BURKNER, de Gœttingen.
COLLADON, de Genève.
COZZOLINO, de Naples.
CRESSWELL-BABER, de Brighton.
GOTTSTEIN, de Breslau.
GRAZZI (Vittorio), de Florence.
GUYE, d'Amsterdam.
HARTMANN, de Berlin.
HERING, de Varsovie.
KOCH, de Luxembourg.
KURZ (Edgard), de Florence.
MOOS, d'Heidelberg.
POLITZER, de Vienne.
PRITCHARD (Urban), de Londres.
SCHMIDT (Maurice), de Francfort.
SCHŒFFER, de Brême.
SCHNITZLER, de Vienne.
SUNE Y MOLIST, de Barcelone.
TOBOLD, de Berlin.